



キャッシュエイド、フードスタンプ、MEDI-CAL 用事関係の陳述書
34 郡医療サービスプログラム (34-COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM : CMSP)

- 請求する給付に関する質問は、すべて回答してください。ペンを使って活字で記入してください。各質問の左側に、キャッシュエイドは“CA”、フードスタンプは“FS”、Medi-Cal/34-County CMSP は“MC”と記号が付けられています。これで該当する質問を判断してください。
- 回答を裏付ける証拠 (請求書、領収書、記録など) となるものを提出してください。証拠の入手やこの書式の記入に関して補助が必要な場合は、担当者にご連絡ください。書ききれない場合は、別紙を添付してください。
- 成人家庭構成員でない者がフードスタンプを申請する場合、家庭の筆頭者あるいは他の成人家庭構成員が署名した承諾書を添付してください。

CA FS MC	① A. 申請者、あるいは扶助を希望している子供の介護者である親類 氏名:	自宅の電話 ()
	家庭の住所 (NUMBER, STREET)	郵便先 (住所と異なる場合) 昼間の電話番号 ()
	市 州 ZIP CODE	市 州 ZIP CODE
FS	B. ホームレスですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合: 誰かの家に一時的に滞在していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合: その家に滞在し始めた日付を記入してください。
CA	C. 支払通告や明け渡し通告を受けましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

② 同居している成人各人について、事実をすべて記入してください。

CA FS MC	(A) 成人の名前 (名、ミドルネーム、姓)	米国民 / 非米国民 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 米国民・米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	申請者あるいは子供の介護者である親類との関係	生年月日 (月 日 年) SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)
	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 視覚障害/聴覚障害/身体障害 妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	出生地 市 州 国
	申請する扶助の種類 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> 34-County CMSP	既婚・独身等 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同棲 <input type="checkbox"/> 寡婦/寡夫

CA FS MC	(B) 成人の名前 (名、ミドルネーム、姓)	米国民 / 非米国民 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 米国民・米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	申請者あるいは子供の介護者である親類との関係	生年月日 (月 日 年) SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)
	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 視覚障害/聴覚障害/身体障害 妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	出生地 市 州 国
	申請する扶助の種類 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> 34-County CMSP	既婚・独身等 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同棲 <input type="checkbox"/> 寡婦/寡夫

CA FS MC	(C) 成人の名前 (名、ミドルネーム、姓)	米国民 / 非米国民 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 米国民・米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	申請者あるいは子供の介護者である親類との関係	生年月日 (月 日 年) SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)
	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 視覚障害/聴覚障害/身体障害 妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	出生地 市 州 国
	申請する扶助の種類 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> 34-County CMSP	既婚・独身等 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同棲 <input type="checkbox"/> 寡婦/寡夫

COUNTY USE ONLY

CASE NAME
CASE NUMBER
WORKER DATE RCD
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Restoration <input type="checkbox"/> Redetermine <input type="checkbox"/> Recertification <input type="checkbox"/> Residency Verified <input type="checkbox"/> FS ID <input type="checkbox"/> FS Aged/Disabled Verified <input type="checkbox"/> MC ID <input type="checkbox"/> MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs
<input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> NON-AU <input type="checkbox"/> MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes: WELFARE to WORK FS ABAWD
VERIFIED: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE
Alien Reg. # D.O.E.

COUNTY USE ONLY

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)	FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)	FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)	WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)
1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)	a. Under 16/60 or older	1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21	Age under 16 (.41)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)	a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time	2. Under 18/50 or older (.321)	School Attendance (.42)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)	b. Mentally/physically unfit for work	3. Pregnant (.322)	Age 60 or older (.43)
4. Live-in attendant (.212)	c. Mandatory participant in Welfare to Work activities	4. Adult living in HH with dep. child (.323)	Disability (.44)
5. Other shared living quarters (.213)	d. Cares for child under 6 or incapacitated person	5. Lives in ABAWD exempt area (.33)	NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
6. Ineligible alien (.221)	e. Applicant for/recipient of UIB		Care of another ill or incap member of the household (.46)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)	f. Participant in drug/alcohol program		Care of child: - Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
8. SSN disqualified (.222)	g. 30 hour week/min. x 30		- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
9. IPV disqualified (.223)	h. 1/2 time student in school, training or higher education.		Pregnancy (.48)
10. Workfare sanctioned (.225)			VISTA-full or part time volunteer (.49)
11. SSI/SSP recipient (.226)			
12. Ineligible student (.227)			
13. Work req. disqualified (.228)			
14. Questionable Citizenship (300.51(b))			
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)			
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)			
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)			
18. Drug felon (.229)			

COUNTY USE ONLY

3 同居している子供各人、短期的に家を出ている子供、税法上扶養家族であると申告する子供に関し、事実をすべて記入してください。妊娠中の場合は、“unborn”（まだ生まれていない）と記入し、予定日を記入してください。

CA (A) 子供の名前 (名、ミドルネーム、姓) FS MC		米国市民/非米国市民 (✓) <input type="checkbox"/> 米国市民/米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国市民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		親の状況により子供が扶助を必要としている理由 (下記にチェック (✓))		AU (✓) NON-AU (✓) MFBU (✓) MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
Social Security Number (社会保障番号)		性別 (✓) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日または出産予定日 (月, 日, 年)	子供の年齢		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
出生地 (市、州、国)		妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	予防接種は、常に適切に受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	視覚障害/聴覚障害/身体障害 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> CW 2.1 CW 371		Alien Reg. # D.O.E.	
現在就学中ですか? (✓) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は学校名:		母親の名前		死亡 障害 不在 失業		Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS			
申請する扶助の種類 <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> なし		父親の名前				Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance			
申請者あるいは介護する親類との関係		現在同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		父親の名前					
CA (B) 子供の名前 (名、ミドルネーム、姓) FS MC		米国市民/非米国市民 (✓) <input type="checkbox"/> 米国市民/米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国市民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		親の状況により子供が扶助を必要としている理由 (下記にチェック (✓))		AU (✓) NON-AU (✓) MFBU (✓) MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
Social Security Number (社会保障番号)		性別 (✓) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日または出産予定日 (月, 日, 年)	子供の年齢		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
出生地 (市、州、国)		妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	予防接種は、常に適切に受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	視覚障害/聴覚障害/身体障害 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> CW 2.1 CW 371		Alien Reg. # D.O.E.	
その子供は現在就学中ですか? (✓) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は学校名:		母親の名前		死亡 障害 不在 失業		Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS			
申請する扶助の種類 <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> なし		父親の名前				Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance			
申請者あるいは介護する親類との関係		現在同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		父親の名前					
CA (C) 子供の名前 (名、ミドルネーム、姓) FS MC		米国市民/非米国市民 (✓) <input type="checkbox"/> 米国市民/米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国市民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		親の状況により子供が扶助を必要としている理由 (下記にチェック (✓))		AU (✓) NON-AU (✓) MFBU (✓) MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
Social Security Number (社会保障番号)		性別 (✓) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日または出産予定日 (月, 日, 年)	子供の年齢		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
出生地 (市、州、国)		妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	予防接種は、常に適切に受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	視覚障害/聴覚障害/身体障害 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> CW 2.1 CW 371		Alien Reg. # D.O.E.	
現在就学中ですか? (✓) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は学校名:		母親の名前		死亡 障害 不在 失業		Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS			
申請する扶助の種類 <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> なし		父親の名前				Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance			
申請者あるいは介護する親類との関係		現在同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		父親の名前					
CA (D) 子供の名前 (名、ミドルネーム、姓) FS MC		米国市民/非米国市民 (✓) <input type="checkbox"/> 米国市民/米国籍 <input type="checkbox"/> 非米国市民: スポンサー有り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		親の状況により子供が扶助を必要としている理由 (下記にチェック (✓))		AU (✓) NON-AU (✓) MFBU (✓) MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
Social Security Number (社会保障番号)		性別 (✓) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日または出産予定日 (月, 日, 年)	子供の年齢		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
出生地 (市、州、国)		妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	予防接種は、常に適切に受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	視覚障害/聴覚障害/身体障害 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> CW 2.1 CW 371		Alien Reg. # D.O.E.	
現在就学中ですか? (✓) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は学校名:		母親の名前		死亡 障害 不在 失業		Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS			
申請する扶助の種類 <input type="checkbox"/> キャッシュエイド <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> なし		父親の名前				Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance			
申請者あるいは介護する親類との関係		現在同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		父親の名前					

CA (4) あなたと同居していない親、子供、まだ生まれていない子供がいれば、挙げてください。				COUNTY USE ONLY	
親の名前		親が同居していない理由		<input type="checkbox"/> Verif. on File <input type="checkbox"/> MC 13	
CA (5) 過去 12 ヶ月間に市民権 / 移民法上の地位が変わった者がありますか？ FS 「はい」の場合は下記に記入してください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		変更事項	日付	外国人登録番号 (該当する場合)	
CA (6) A. 里子が同居していますか？ FS 「はい」の場合、その名前:				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
FS B. 里子と里子扶助所得をフードスタンプの給付額の計算に含める ことをご希望ですか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
CA (7) この他の名前を用いている者がありますか (旧姓、養子関係による名前等)？ FS 「はい」の場合は下記に記入してください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		その他の名前			
氏名		その他の名前			
CA (8) A. 全員カリフォルニア州に居住していますか？ MC 「いいえ」の場合は説明してください。				はい	いいえ
CA B. 全員カリフォルニア州に永住する予定ですか？					
CA C. カリフォルニア州外に家を所有・リース・維持している者がありますか？					
CA (9) D. カリフォルニア州外の公的扶助を現在得ている者がありますか？ MC 「はい」の場合は説明してください。					
CA E. カリフォルニア州を 30 日以上離れる計画の者がありますか？					
MC (9) あなたは、年齢 18 ~ 21 才で所得税法上扶養家族として申告されていますか？ 「はい」の場合、その名前:				<input type="checkbox"/> Tax Dependent Letter Sent <input type="checkbox"/> CA 2.1	
CA (10) A. キャッシュエイドやフードスタンプを次の理由により中止された者がありますか？ FS 品質管理レビューの非協力、職場あるいは職業訓練の制裁、扶養家族のいない健全な成人 (Food Stamp Able Bodied Adults Without Dependent: ABAWD) 要件を満たせないなど。またその他の理由。 「はい」の場合は下記に説明してください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		理由	時期	どこの郡 / 州	
CA (10) B. 福祉関係の重罪あるいはフードスタンプの故意のプログラム違反により、一定期間あるいは永久にキャッシュ FS エイドあるいはフードスタンプの給付が中止された者がありますか？ 「はい」の場合は下記に説明してください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名		理由	時期	どこの郡 / 州	
FS (11) 同居している者で自分だけ別に食料品を購入し食事を準備する者がありますか？ FS 「はい」の場合、その名前:				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
FS (12) 年齢 60 才以上で障害のために、別に食料品を購入して食事を準備することができない者がありますか？ FS 「はい」の場合、その名前:				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
				Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
				Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

FS 13 A. 食費や部屋代を誰かに支払っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。					COUNTY USE ONLY				
あなたが支払う者の氏名		チェックしてください(✓) <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 部屋代 <input type="checkbox"/> 両方	金額 \$	頻度	1日当たりの食事の回数	Household Elects BOARDER HH MEMBER	ROOMER		
CA FS B. 食費や部屋代をあなたに支払っている者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。									
あなたに支払う者の氏名		チェックしてください(✓) <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 部屋代 <input type="checkbox"/> 両方	金額 \$	頻度	1日当たりの食事の回数				
FS 14 次のプログラムから食料品を入手している者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 高齢者や障害者のための共同食事施設 ・ ネイティブ・アメリカン居留地 (Native American reservation) が運営している食料品配給プログラム ・ その他の食料品プログラム									
氏名	プログラムの名称	氏名	プログラムの名称						
CA FS MC 15 A. 下記の状況で生活している者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。					FS Eligible Institution: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
・ シェルター、保護センター ・ ネイティブ・アメリカンのための居留地 ・ 精神病院/精神障害者収容施設 ・ 視覚障害者や身体障害者のための集団生活施設					・ 病院または老人ホーム ・ 高齢者のための政府助成住宅 ・ ドラッグ/アルコール リハビリテーションセンター ・ 介護施設 ・ 矯正施設/刑務所				
氏名	センター、シェルター、病院などの名称		入所日	出所予定日		CA Eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
MC B. 病院あるいは老人ホームにいる者の配偶者あるいは家族が、同居していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
CA 16 年齢 6 ~ 18 才で就学していない者を挙げ、その理由を説明してください。 <input type="checkbox"/> 年齢 6 ~ 18 才の子供はいない					School Attendance Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
氏名	定期的に通学しない理由								
CA FS MC 17 A. 14 才以上で、学校・大学・職業訓練プログラムに参加している者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。					School Enrollment Verif.: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
氏名	年齢	学校/大学/職業訓練の名称	学生としての地位(✓) ステータス <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> ハーフタイム <input type="checkbox"/> その他(具体的に):	単位数/時間数 (週あたり) 卒業予定日	就労中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	Date Verified: FS Eligible Student: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
氏名	年齢	学校/大学/職業訓練の名称	学生としての地位(✓) ステータス <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> ハーフタイム <input type="checkbox"/> その他(具体的に):	単位数/時間数 (週あたり) 卒業予定日	就労中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	School Enrollment Verif.: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date Verified: FS Eligible Student: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
CA FS B. 大学あるいは同等の教育機関に就学している者がいれば、下記に記入してください。					Expenses Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
氏名	学期制(✓) 該当するものをチェック <input type="checkbox"/> セメスター <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> クォーター	学期あたりの授業料 \$	学期あたりの書籍代・その他の費用 \$		Date Verified:				
学校/保育施設までの1日当たりの往復距離	週あたりの出席日数	使用する交通手段		Financial Aid: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MC 210 S-E					
週あたりの交通費 \$	カープールメンバーが支払う毎週の金額 \$	1日あたりの公共交通手段料金(バス等) \$							
CA 18 A. 年齢 20 才未満で妊娠中あるいは親となっている者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。					Referred to: <input type="checkbox"/> Cal-Learn <input type="checkbox"/> CW 25 <input type="checkbox"/> CW 25A <input type="checkbox"/> Referred to Welfare-to-Work				
氏名	年齢	該当するものをチェック(✓) <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 親であるティーン							
該当するものをチェック(✓) <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> GED 取得 <input type="checkbox"/> 定期的に通学せず(理由): <input type="checkbox"/> 就学中 <input type="checkbox"/> その他(具体的に):									
CA B. Cal-Learn プログラムに関し、キャッシュボーナス、罰則、養育費や交通費の補助を受けたことがある者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
氏名	場所(郡)	受領した日							
CA FS 19 ストライキ中の者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。					Striker Regs Apply: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS				
ストライキ中の者の氏名		雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地							
組合の名称									
ストライキの開始日		ストライキ前にこの職で得ていた月の総収入(控除前) \$							

CA FS MC	20	子供を含め、パートタイムや臨時の仕事を含め、仕事をしたか、する予定の者がいますか？ 各項目の「はい」か「いいえ」をチェック(✓)してください。「はい」の場合は下記に記入してください。	はい	いいえ	COUNTY USE ONLY	
過去60日以内に仕事や職業訓練を止めたか拒否した者がいますか？					(A) (✓) if exempt FS S/E Farmer CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child	
現在、就労中あるいは職業訓練中の者がいますか？					(B) (✓) if exempt FS S/E Farmer CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child	
今から2ヶ月以内に仕事や職業訓練をする予定の者がいますか？						
自営業の場合: フードスタンプの場合は、事業支出を別紙し列挙してください。 キャッシュエイドの場合は、次の選択肢から毎月の事業支出をどのように計算することを希望するかチェック(✓)してください。 <input type="checkbox"/> 40%の標準控除 <input type="checkbox"/> 実際の事業支出 <input type="checkbox"/> 平均の月額(年間の事業支出を12等分) 実際の事業支出の場合は、事業支出を別紙し列挙してください。					<input type="checkbox"/> Verif(s) on file for: <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)	
FS: Work history last 120 days <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)						
(A) 氏名 CA FS MC	働いたか訓練を受けた月当たりの時間数 先月 _____ 今月 _____	雇用者の名前と所在地			(A)	YES NO
支払日	自営業 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	控除前の賃金 \$ 当たり	最後の小切手を受け取った日付	受け取ったか、あるいは受け取る予想のチップや歩合 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。	Empl. Statement	
仕事・職業訓練を止めた理由			働いたか訓練を受けた最後の日	受取額 \$ _____ 予想額 \$ _____	Good Cause Determ	
小切手を受領する予定の日付			控除前の予想額 \$ _____	職業	Voluntary Quit	
(B) 氏名 CA FS MC	働いたか訓練を受けた月当たりの時間数 先月 _____ 今月 _____	雇用者の名前と所在地			(A) <input type="checkbox"/> CA: 28 Days (B) <input type="checkbox"/> CA: 28 Days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days	
支払日	自営業 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	控除前の賃金 \$ 当たり	最後の小切手を受け取った日付	受け取ったか、あるいは受け取る予想のチップや歩合 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。	(B)	YES NO
仕事・職業訓練を止めた理由			働いたか訓練を受けた最後の日	受取額 \$ _____ 予想額 \$ _____	Empl. Statement	
小切手を受領する予定の日付			控除前の予想額 \$ _____	職業	Good Cause Determ	
					Voluntary Quit	
A. 職場、職業訓練、学校、職探し等に出かけられるよう、子供、成人障害者、その他の被扶養者の介護の支払を行っている者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入し、職場・職業訓練の場合は、チェック(✓)してください。					CA: S/E Client Chooses: (A) (B) <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> 40% deduction <input type="checkbox"/> 40% deduction <input type="checkbox"/> Annualize <input type="checkbox"/> Annualize	
介護を受ける者	支払いを行う者	介護の提供者	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	支払額/頻度 \$ 毎	Child Care Informing: <input type="checkbox"/> Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Dependent Care Verified	
介護を受ける者	支払いを行う者	介護の提供者	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	支払額/頻度 \$ 毎	DEP. CARE ELIGIBLE YES NO FS MC	
B. あなたの子供の養育費全部あるいは一部を誰かが支払っていますか？ 同居していない親類や友人が払っている費用、教育省、ブロック奨学金(Block Grant)、などを含みます。 「はい」の場合は下記に記入してください。					Is there another person in household who could provide care? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
子供の名前	支払いを行う者	支払月額 \$	支払いを行う他の者	支払月額 \$	If "YES", who: _____	
子供の名前	支払いを行う者	支払月額 \$	支払いを行う他の者	支払月額 \$		
FS MC	22	子供の養育費や配偶者の生活費を支払っている者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。			Court Order on File <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Amount Ordered: \$	
支払いを行う者		誰のための支払	月額 \$			
CA FS MC	23	子供を含め、失業保険や傷害保険給付を過去12ヶ月間に受給した者、あるいは今後受給する予定の者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。				
氏名	申請日	場所(郡、州)	最後に受領した日			
氏名	申請日	場所(郡、州)	最後に受領した日			
CA	24	他の州や郡を含め、転換現金給付や現金でないサービスを受けたことがある者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。				
氏名	郡/州	受取額 \$	受けたサービスを列挙	サービスの評価額 \$	受取日	

CA FS (25) 同居している親で、過去 24 ヶ月の間に働いたか職業訓練を受けた者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。
 ・ 合衆国(米国)内外での仕事をすべて含めてください。
 ・ 家賃、食料品、公共料金、その他など、金銭以外との交換のための仕事を含めてください。
 ・ 最近の仕事あるいは職業訓練から記載してください。

COUNTY USE ONLY

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application

App Date: _____

Earnings from _____ to _____

MO/YR (25) A (25) B

\$ \$

A. 氏名 _____ この方は、ネイティブ・アメリカンですか？ はい いいえ
 「はい」の場合は部族を列挙してください。

雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地	就任日 月 日 年	受取額	雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地	就任日 月 日 年	受取額
(✓) 仕事あるいは職業訓練の場合はチェック	開始日 終了日		(✓) 仕事あるいは職業訓練の場合はチェック	開始日 終了日	
1. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制	4. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制
2. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制	5. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制
3. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制	6. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制

B. 氏名 _____ この方は、ネイティブ・アメリカンですか？ はい いいえ
 「はい」の場合は部族を列挙してください。

雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地	就任日 月 日 年	受取額	雇用者/職業訓練プログラムの名称と所在地	就任日 月 日 年	受取額
(✓) 仕事あるいは職業訓練の場合はチェック	開始日 終了日		(✓) 仕事あるいは職業訓練の場合はチェック	開始日 終了日	
1. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制	4. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制
2. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制	5. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制
3. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制	6. <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 職業訓練	開始日 終了日	\$ <input type="checkbox"/> 週給制 <input type="checkbox"/> 月給制

FS (26) フードスタンプ受給家族構成員は全員、米国民ですか？ はい いいえ
 「いいえ」の場合は、米国民でないフードスタンプ受給家族構成員各人に関し、下記に記入してください。

非米国民各人の名前	A. この者自身、配偶者、この者の親(この者が18才になる以前)は、米国に合計でそれぞれ何年間居住していますか？	B. 米国に居住している期間、(コラムAで申告した期間中)この者自身、この者の配偶者、この者の親(この者が18才になる以前)は、米国で働くことにより何年間収入を得ていましたか？	C. 米国外に居住している期間、この者自身、配偶者、この者の親(この者が18才になる以前)は、米国で合計でそれぞれ何年間働きましたか？
1.			
2.			
3.			
4.			

TOTAL \$ \$

(25) A B

Tribal JOBS Referral

UIB Verif(s) on file

Must apply for UIB

CA FS MC (27) 米国軍で軍務についていたか、あるいは米国軍で軍務についていた者の配偶者、親、子供がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。

氏名	米国民 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(✓) ステータス <input type="checkbox"/> 現在軍務についている/退役軍人 <input type="checkbox"/> 現在軍務についている者あるいは退役軍人の配偶者、親、子供	名誉除隊 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	軍務の部署	軍務についていた期間
氏名	米国民 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(✓) ステータス <input type="checkbox"/> 現在軍務についている/退役軍人 <input type="checkbox"/> 現在軍務についている者あるいは退役軍人の配偶者、親、子供	名誉除隊 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	軍務の部署	軍務についていた期間

Currently Receiving/ Got/ or UIB eligible in last 12 months

UIB Ineligible Reason:

(26) FS: 40 Quarters Verif.

(27) CW 5
FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
 YES NO

COUNTY USE ONLY

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

CA FS MC	28 A. 子供を含め、誰か、下記から金銭を得ているか、あるいは得る予定ですか？ 各項目の「はい」か「いいえ」をチェック(✓)してください。						
	ワークスタディ、「福祉から就業へ」 (Welfare-to-Work)、その他のプログラム	はい	いいえ	VA (退役軍人) 教育関連手当	はい	いいえ	
	その他の職業訓練手当			VA 扶助および介護			
	教育助成金、ローン奨学金			社会保障障害手当／補助社会保障給付金／州の補助給付金 (Supplemental Security Income/ State Supplementary Payment: SSI/SSP)			
	CalWORKs/別の州からのキャッシュ			VA 障害手当			
	難民ギッシュウ支援 [Refugee (RCA) Assistance]			鉄道障害手当			
	移民のためのキャッシュ支援プログラム (Cash Assistance Program for Immigrants: CAPI)			連邦／州／地方自治体機関からのその他の障害手当			
	GA/GR (一般扶助・救済手当)			その他の政府以外の障害または疾病手当			
	労災補償			社会保障年金または遺族保障			
	養育費／配偶者手当または医療費／保険料の補助			鉄道年金			
	ストライキ手当			連邦／州／地方自治体機関からのその他の年金収入			
	ローン、贈与、寄付			政府機関以外からの年金収入			
	法的和解金や保険金／係争中の訴訟			1人当たりの支払			
	紙幣、契約書、信託証書、約束手形			賞金 (ギャンブル、宝くじ、ビンゴ、賞金等)			
	退役手当あるいは年金			その他 (具体的に)			

COUNTY USE ONLY

Casualty Unit Notified

CWC 6041

DHS 6155

Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Workers Comp:
 Temporary Permanent

「はい」の場合は下記に記入してください。

氏名	収入源	(控除前の受け取り額)	時期	頻度
		\$		
		\$		

(✓) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC	B. 物価スライド昇給のような、現在受け取っている金額の変更を予定している者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
氏名	内容	金額 \$	時期

CA FS MC	29 無料あるいは仕事との交換で、住居、家賃、公共料金、食料品、衣類を得ている者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入し、無料あるいは仕事との交換の場合は、チェック(✓)してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
受けた品目	無料	仕事と交換	受け取った者	価格	提供者
住居費または家賃				\$	
公共料金				\$	
食料品				\$	
衣類				\$	

In-Kind Income:

Verif. on file: YES NO

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC	30 A. 米国外を含め、土地、建造物などの不動産をどこかに所有あるいは購入中ですか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。 共同名義の土地および建造物も含まれます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
種類 (土地、マンション、集合住宅、家屋)	不動産はどのように使用しますか？ チェックしてください(✓)	はい	いいえ	所有者	所在地	未払い額	貸家所得
	居住					\$	\$
売り家として公示 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	賃貸						
	その他 (具体的に):						
種類 (土地、マンション、集合住宅、家屋)	不動産はどのように使用しますか？ チェックしてください(✓)	はい	いいえ	所有者	所在地	未払い額	貸家所得
	居住					\$	\$
売り家として公示 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	賃貸						
	その他 (具体的に):						

Home Exempt YES NO
Other Real Property

Market Value \$ _____

Amount Owed \$ _____

Net Value \$ _____

Lien Applicable YES NO
Listed for sale YES NO

Home Exempt YES NO
Other Real Property

Market Value \$ _____

Amount Owed \$ _____

Net Value \$ _____

Lien Applicable YES NO
Listed for sale YES NO

CA MC	B. 現在居住していないがやがて戻ろうと思っている家屋を所有している者がいますか？ 「はい」の場合は下記に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
不動産の名義人	不動産の所在地	戻る予定の日 (わかっている場合)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA \$ _____

FS \$ _____

MC \$ _____

CA FS MC **31** A. 子供を含め、次の個人的あるいは事業関連の財産をどれが持っていますか？ 各項目の「はい」が「いいえ」をチェック (✓) してください。
 他者と共同所有、共用、共同管理、共有する所有物もすべて含めてください (単に便利であるからも含めて)。財産を考慮すべきかどうかは郡が決定します。

	はい	いいえ		はい	いいえ
現金 (手元にあるものもそうでないものも含む)			信託資金 (利用可能かどうかにかかわらず)		
現金化されていない小切手 (手元にあるものもそうでないものも含む)			紙幣、家のローン、信託証書、販売契約書など		
普通預金 - 子供のものも大人のものも含む			IRA や Keogh Plans など		
当座預金 - 使用されているかを問わず			仕事を止めた場合利用できる年金 (PERS など)		
クレジットユニオン口座			社員繰延給与プラン		
株式、債券、譲渡性預金証書、マネーマーケット口座など			生命保険や年金保険		
採油、採掘、採鉱権			所有物における生涯不動産権		
埋葬委託または契約、保険、指定埋葬資金 / 墓地・棺桶・その他の埋葬品のための資金			長期介護保険		
所得税還付			前月からの EBT 現金残高		
			その他 (具体的に)		

「はい」の場合は下記に記入してください。

財産	事業関連	名義人	口座番号 / 契約番号	銀行等の名称および所在地	現在の価値
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				\$
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				\$
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				\$

CA FS MC B. 上記の財産から利子や配当などの金銭的収入があるか、あるいはあると予測されている者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。

氏名	支払源	金額	頻度	事業関連
		\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

MC **32** 医師、クリニック、病院との間で、あなた自身あるいは家族が所有する財産に関し、医療サービスの担保として、抵当権が設定されているか、あるいは担保契約に署名しましたか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。

抵当権または担保額	所有物の種類と所在地	受けた医療あるいは受ける予定の医療の日付と種類	医療機関名
\$			
\$			

MC **33** A. 次のような個人財産を所有している者がいますか？ はい いいえ
 • モーターボートでない船舶、キャンパーシエル、原動機のないトレーラー
 • 銃器、工具、スポーツ用品など
 • ベットまたは個人的に使用するための家畜
 • 宝石類、芸術作品、アンティーク、コレクション、カメラ、楽器 (ピアノ、ギター、アンプ等)
 「はい」の場合は下記に記入してください。結婚指輪、婚約指輪、法定相続財産は除きます。
 \$100 を超える宝石類、個々で \$500 を超える家庭用品や個人の所有物を列挙してください。

品目	売り出しとして公示	購入価格または現在の価値	未払い金額	品目	売り出しとして公示	購入価格または現在の価値	未払い金額
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$

MC B. 道具、資材、事業設備、家畜などの事業所有物を持っている者がいますか？ 他者と共有・共同名義の所有物も含めてください。「はい」の場合は下記に記入してください。 はい いいえ

品目	売り出しとして公示	購入価格または現在の価値	未払い金額	品目	売り出しとして公示	購入価格または現在の価値	未払い金額
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	\$	\$

COUNTY USE ONLY

- Trust Fund/Not Court Ordered
- Court Petitioned Date _____
- Resource Verified: Explain how: _____
- Total Value = \$ _____
- Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed \$ _____
 - Revocable
 - Irrevocable
 - Designated Fund and Current Value \$ _____
- CA Restricted Account

Check (✓) if exempt

CA	FS	MC

- Verified: YES NO
- Lien Applicable: YES NO
- Security Agreement: YES NO
- MC 174 completed and sent: YES NO

- Owned Jointly
- Owned Separately
- Personal Property \$500 + for Pickle Program
- Insignificant Value for 1931(b)
- Listed for sale (Specify): _____

Total Countable Property: Page 8 (List totals on Page 9)

CA \$ _____

FS \$ _____

MC \$ _____

Listed for sale (Specify): _____

CA MC FS **34** 家屋や土地などの不動産、現金、自動車、銀行口座、法的和解金や事故の和解金などの個人所有物を売却、消費、交換、移譲、贈与した者がありますか？ (キャッシュエイドについては過去12ヶ月、フードスタンプについては過去3ヶ月、Medi-Calについては過去2年半(30ヶ月)の間に、売却あるいは交換した所有物を列挙してください。) 「はい」の場合は下記に内容と時期を説明してください。 はい いいえ

CA MC **35** 自動車、オートバイ、スノーモービル、レクリエーション用車両、モーターボートなどを所有・使用しているか、たとえ故障していても、その登録者名義に名前が載っている者がありますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。各車両の事実関係は、登録証をご覧ください。

	車両(1)		車両(2)		車両(3)	
車両の名義人						
車両の使用者名						
年式、メーカー、車種						
ライセンス番号						
評価価格	\$		\$		\$	
未払い残高	\$		\$		\$	
ライセンス付き	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
リース	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
車両はどのように使用しますか？ 各項目の「はい」か「いいえ」を チェック(✓)してください。						
住居として	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
仕事、職業訓練、職探しに出かける 交通手段	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
自営業、私用、事業用として使用	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
障害のある家庭構成員のために必要	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
家のための燃料や水を運ぶため	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
レクリエーションとしてのみ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

COUNTY USE ONLY

Transfer of Assets:
 CA in last 12 months
 FS in last 3 months
 Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
 Adequate Consideration
 Spenddown

Total Nonexempt Property \$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:

Verifications viewed
 Leased vehicle:
 (1) (2) (3)
 Pickle Program:
 Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
 (Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date: _____ \$ _____
 (2) Date: _____ \$ _____
 (3) Date: _____ \$ _____

COUNTY USE ONLY - VEHICLES (C) Fair Market Values-CA

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)		FMV							
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).		Minus	Minus	Minus	Minus	\$4,650	\$4,650	\$4,650	\$4,650
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).] (2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	(D) Equity Values-CA				FMV			
							Minus	Encumbrance	Equity	Value				

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Less Encumbrances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Net Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Exempt	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook): Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes No	(3) Yes No
	As a home		
	For self-employment		
	To Go to Work or Medical Appointment		

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value \$ _____
 Equity Value \$ _____

Grand Total Countable Property
 (List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

CA FS **36** A. 住居費を払っている者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記に記入してください。

住居費用	総費用	支払金額	他の家族あるいは家族構成員が支払う額	請求の頻度
家賃	\$	\$	\$	
住居費 (家のローン)	\$	\$	\$	
固定資産税 (住居費に含まれていない場合)	\$	\$	\$	
保険 (住居費に含まれていない場合)	\$	\$	\$	
その他 (具体的に)	\$	\$	\$	

COUNTY USE ONLY

Housing verified: YES NO
 Total housing: \$ _____
 Shared housing: YES NO

CA FS B. 住居費の全部あるいは一部を支払っている者がいますか？ はい いいえ
 同居していない親類や友人、HUD や Section 8 などの家賃補助プログラムも含めてください。
 「はい」の場合は下記に記入してください。

住居費の種類	支払いを行う者の名前	各人が払う金額	請求の頻度
		\$	
		\$	

FS **37** A. 公共料金を払っている者がいますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、該当する下記のボックスをすべてチェックしてください。

ガス	<input type="checkbox"/>	ごみ収集	<input type="checkbox"/>
電気	<input type="checkbox"/>	下水道	<input type="checkbox"/>
その他の燃料 (プロパン、ブタン、材木、石炭など)	<input type="checkbox"/>	電話/インターネットなどのその他の通信手段	<input type="checkbox"/>
上水道	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に)	<input type="checkbox"/>

Utilities verified: YES NO
 Verification not required

FS B. 冷暖房のためのガス・電気・その他の燃料を使用しますか？ はい いいえ
 「はい」の場合は下記をチェックしてください。

公共料金	冷暖房に使用しますか？
ガス	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
電気	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他の燃料	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

Utility allowance
 SUA
 LUA
 TUA
 None allowed

FS **38** フードスタンプは、あなたのために食品を購入できるよう、あなた以外の家庭構成員や家庭構成員でない方が受け取りに来るようになることが可能です。誰かを指定する場合は下記に記入してください。

正式代理人の名前	住所	電話
		()

F.S. I.D. Issued

<p>CA MC 39 今月あるいは今月に先立つ3ヶ月間医療措置／妊娠措置を受けた者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">介護を受けた者の名前</th> <th style="width:20%;">介護を受けた月数</th> <th colspan="2" style="width:20%;">介護のための支払</th> <th colspan="2" style="width:20%;">これらの月に対しMEDI-CALを希望しますか？</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	介護を受けた者の名前	介護を受けた月数	介護のための支払		これらの月に対しMEDI-CALを希望しますか？				はい	いいえ	はい	いいえ							<p>COUNTY USE ONLY</p> <p>Retroactive Application</p> <p><input type="checkbox"/> Retro Only <input type="checkbox"/> Retro and Cont. <input type="checkbox"/> MC 210A</p>															
介護を受けた者の名前	介護を受けた月数	介護のための支払		これらの月に対しMEDI-CALを希望しますか？																														
		はい	いいえ	はい	いいえ																													
<p>CA FS MC 40 MEDICARE に加入している者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width:20%;">加入者</th> <th rowspan="2" style="width:20%;">MEDICARE 加入者番号</th> <th rowspan="2" style="width:5%;">種別</th> <th colspan="3" style="width:55%;">(✓) 毎月の保険料の支払方法</th> </tr> <tr> <th style="width:15%;">給与から差引き</th> <th style="width:15%;">手元の資金から</th> <th style="width:25%;">その他</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>パート A</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>パート B</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>パート A</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>パート B</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	加入者	MEDICARE 加入者番号	種別	(✓) 毎月の保険料の支払方法			給与から差引き	手元の資金から	その他			パート A						パート B						パート A						パート B				<p><input type="checkbox"/> MEDICARE referral</p> <p>FS: <input type="checkbox"/> DFA 285-C Gross Premium \$ _____ <input type="checkbox"/> QMB <input type="checkbox"/> SLMB/QI <input type="checkbox"/> QDWI</p>
加入者				MEDICARE 加入者番号	種別	(✓) 毎月の保険料の支払方法																												
	給与から差引き	手元の資金から	その他																															
		パート A																																
		パート B																																
		パート A																																
		パート B																																
<p>CA MC 41 Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS などの健康保険、歯科保険、視力保険、入院保険、長期介護保険 (Long Term Care Insurance) などに加入している者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">保険会社</th> <th style="width:25%;">被保険者</th> <th style="width:15%;">満期日</th> <th style="width:15%;">保険料</th> <th style="width:20%;">支払の頻度</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	保険会社	被保険者	満期日	保険料	支払の頻度				\$					\$		<p>State Certified LTC Policy: □ YES □ NO</p> <p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p> <p>Benefits Paid Out \$ _____</p>																		
保険会社	被保険者	満期日	保険料	支払の頻度																														
			\$																															
			\$																															
<p>CA MC 42 親、雇用者、不在の親などから加入することができるが申請していない健康保険がある者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">保険会社</th> <th style="width:25%;">被保険者</th> <th style="width:15%;">保険料</th> <th style="width:35%;">支払の頻度</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	保険会社	被保険者	保険料	支払の頻度			\$				\$		<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>																					
保険会社	被保険者	保険料	支払の頻度																															
		\$																																
		\$																																
<p>CA MC 43 健康保険が満期になると予想される者あるいは過去 60 日間に満期になった者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">保険会社</th> <th style="width:25%;">被保険者</th> <th style="width:15%;">満期日</th> <th style="width:15%;">保険料</th> <th style="width:20%;">支払の頻度</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	保険会社	被保険者	満期日	保険料	支払の頻度				\$					\$		<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>																		
保険会社	被保険者	満期日	保険料	支払の頻度																														
			\$																															
			\$																															
<p>CA MC 44 就業や生活が困難になるような怪我や事故による障害がある者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">氏名</th> <th style="width:30%;">問題の種類</th> <th style="width:20%;">問題が発生した日付</th> <th style="width:25%;">回復が見込まれる日</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	氏名	問題の種類	問題が発生した日付	回復が見込まれる日									<p><input type="checkbox"/> Third Party Liability</p>																					
氏名	問題の種類	問題が発生した日付	回復が見込まれる日																															
<p>CA FS 45 A. 医療上、次のいずれかが必要な医療上の状態・状況にある者がいますか？ 各項目の「はい」か「いいえ」をチェック(✓)してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:10%;">はい</th> <th style="width:10%;">いいえ</th> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:10%;">はい</th> <th style="width:10%;">いいえ</th> </tr> <tr> <td>医師処方の特典ダイエット</td> <td> </td> <td> </td> <td>水道光熱費等の大量使用</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>特別な交通手段が必要</td> <td> </td> <td> </td> <td>特別な洗濯サービス</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>特別な電話や機器</td> <td> </td> <td> </td> <td>その他(具体的に):</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>家事(家庭の中で誰もできない)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>「はい」の場合は、説明してください。</p>		はい	いいえ		はい	いいえ	医師処方の特典ダイエット			水道光熱費等の大量使用			特別な交通手段が必要			特別な洗濯サービス			特別な電話や機器			その他(具体的に):			家事(家庭の中で誰もできない)						<p>Verified: □ YES □ NO</p> <p>Special Need: □ YES □ NO</p> <p>Amount: \$ _____</p>			
	はい	いいえ		はい	いいえ																													
医師処方の特典ダイエット			水道光熱費等の大量使用																															
特別な交通手段が必要			特別な洗濯サービス																															
特別な電話や機器			その他(具体的に):																															
家事(家庭の中で誰もできない)																																		
<p>CA FS MC B. 家庭構成員による介護を必要とする子供あるいは障害者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は説明してください。</p>																																		
<p>CA MC C. 仕事をしている障害者で、仕事をするために必要な医療支出(車椅子など)がある者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合は下記に記入してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">氏名</th> <th style="width:40%;">支出の種類</th> <th style="width:35%;">金額</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>\$</td> </tr> </table>	氏名	支出の種類	金額			\$			\$	<p><input type="checkbox"/> Receipts <input type="checkbox"/> MC 272 <input type="checkbox"/> MC 273</p> <p><input type="checkbox"/> IRWE (QMB and SGA)</p> <p>FS: <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																								
氏名	支出の種類	金額																																
		\$																																
		\$																																
<p>CA FS D. 在宅支援サービス (In-Home Supportive Services: IHSS) を受けている者がいますか？ □はい □いいえ 「はい」の場合、受けている者の名前: _____ 毎月の金額 \$ _____</p>																																		

				COUNTY USE ONLY	
		YES	NO		
CA	<p>46 地震、火災、水害などの急で稀な状況による損失や損害を受けた住居や正確必需品目のための特別二一ズ手当の申請を希望しますか？ 「はい」の場合は下記に説明してください。</p> <p style="text-align: right;">□はい □いいえ</p>			Special Need Verified	
				Eligible for Special Need	
CA FS	<p>47 重罪の告訴、拘留、有罪判決後の懲役刑を逃れているか逃亡中である者、あるいは保護観察期間あるいは保釈違反の者がいますか？ 「はい」の場合は、その者の名前：</p> <p style="text-align: right;">□はい □いいえ</p>				
CA FS	<p>48 あなた自身またはあなたの家族構成員が麻薬関連の重罪で有罪とされたことがありますか？ 「いいえ」の場合は、質問 49 に飛びます。</p> <p>「はい」の場合の名前: _____ 有罪判決を受けて日付: _____.</p> <p>罪状は、下記のいずれかですか？</p> <ul style="list-style-type: none"> • 規制薬物に関し、これの輸送、州への持込、販売、提供、投与、授与、販売のための所持、販売するための購入、生産、規制薬物を製造する目的を持っての前駆物質の処理、マリファナの生産・収穫・処理 • 上記の活動に参加するよう未成年者に対し、奨励、勧誘、懇願、脅迫等を行う <p>あなた自身またはあなたの家族構成員の誰かが、</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 政府承認の麻薬治療プログラムを終了していますか？ b) 政府承認の麻薬治療プログラムに参加したことがありますか？ c) 政府承認の麻薬治療プログラムに参加申込みしたことがありますか？ d) 政府承認の麻薬治療プログラムの順番待ちリスト (Waiting list) に名前が載っていますか？ e) 規制物質の使用をやめ、規制物質の使用を止めたことの証拠を持っていますか？ <p>「はい」の場合は説明してください。 _____</p> <p style="text-align: right;">□はい □いいえ</p>			<p>FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98</p> <p>Qualifying Drug Felon? □ Yes □ No</p> <p>Meets felony conditions of eligibility? □ Yes □ No</p>	
CA MC	<p>49 下記のサービスが利用できます。この回答は、受給資格には影響しません。各項目の「はい」か「いいえ」をチェック(✓)してください。</p> <p>A. 家族の健康を守るのに役立つ定期健診は、年齢 21 才未満の受給資格のある家族構成員のために、子供の健康および障害の予防プログラム (Child Health and Disability Prevention Program: CHDP) から請求することが可能です。</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHDP サービスについての詳しい情報をご希望ですか？ • CHDP 医療サービスをご希望ですか？ • CHDP 歯科サービスをご希望ですか？ • CHDP サービスの予約や交通手段に、補助が必要ですか？ <p>B. 予防接種サービスについての詳しい情報をご希望ですか？</p> <p>C. 妊娠した場合、医師を見つけたり、健康的な食品を入手するなど、補助を得ることができます。このような補助に関し、ご相談を希望されますか？</p> <p>D. 授乳していますか？</p> <p>「はい」の場合、出産は過去 12 ヶ月以内ですか？</p> <p>49C または D に「はい」と回答した場合、女性・幼児・自動のための特別補助食料品プログラム (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children: WIC) が提供するサービスの受給資格がある場合があります。</p> <p>E. 予定外の妊娠の防止や次の子供の出産計画などに役立つ無料あるいは廉価な家族計画サービスをあなた自身あるいは家族構成員が希望しますか？「はい」の場合、ご自身のヘルスケアプランまたはかかりつけの医師にご連絡ください。または、個人の秘密を守る家族計画クリニックに関する情報や場所については、フリーダイヤル 1-800-942-1054 まで電話でお問い合わせください。</p>	はい	いいえ	<p>□ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____</p> <p>□ CHDP Referral</p> <p>□ Social Services Referral (MCO)</p> <p>□ Referred for Immuniz.</p> <p>□ Pregnant □ Parent or Guardian of child under 5</p> <p>□ Breastfeeding □ Postpartum</p> <p>□ WIC referral</p> <p>□ Family Planning Information Given</p> <p>□ Referred Date:</p>	

証明

私は以下の点を了解いたします。

- 給付や所得に関する事実を含め、私が提出するすべての事実は、雇用者、社会保障局 (Social Security Administration)、税務署、福祉事務所、職業斡旋機関、学校等の連邦・州・地方各レベルの機関に照会されます。さらに、キャッシュエイドおよびフードスタンプに関しての記録は、逮捕状に関して司法機関に照会されます。
- 給付や所得に関する事実を含め、私が提出するすべての事実は、連邦・州・地方各レベルのスタッフにより検討・確認され、誤った事実を提供した場合、キャッシュエイド、フードスタンプ、Medi-Cal は拒否あるいは中止されることがあります。
- 私のケースは、受給資格が正しく計算されているか確認するための見直しのために選ばれる場合があり、品質管理の検査を含め、調査や検査では、連邦・州・地方各レベルのスタッフに、私は協力する必要があります。
- 郡は、移民法上の地位を確認するために事実情報を米国市民権および移民サービス (USCIS)(旧 INS) に送り、USCIS から郡が得る情報は、キャッシュエイド、フードスタンプ、完全な Medi-Cal の受給資格に影響する場合があります。しかしながら、私が Medi-Cal のみを申請する場合 (a) 合法的な居住者 (Lawful Permanent Resident alien: LPR)、(b) 有効な I-688 を所持する難民外国人、(c) 法律の外観上永住している外国人 (PRUCOL) のいずれでもない場合は、郡は事実情報を USCIS に送付しません。
- 費用がかからない限り利用可能な健康保険を申請して有効に保つ必要があります。こうしない場合、Medi-Cal が拒否されたり停止されたりします。
- 私自身あるいは家族構成員は、受給すべきでなかったキャッシュエイドの払戻しが求められるものとします。
- フードスタンプ受給家庭、フードスタンプ受給家庭の成人構成員 (同居しなくなった場合を含む)、非米国市民の家庭構成員のスポンサー、受給資格のある施設に居住する者の正式代理人は、受給すべきでないのに受給してしまった給付を返還することが求められる場合があります。
- 重罪の告訴、拘留、有罪判決後の懲役刑を逃れているか逃亡中である者、あるいは保護観察期間あるいは保釈違反の者は、キャッシュエイドやフードスタンプを受け取ることはできません。
- 規制薬物の所持・使用・製造・販売・配布、またはこのような不法行為に関連する行為、マリファナの収穫・栽培・処理、これらの行為に未成年者を巻き込んだ行為、いずれかに関し、1996年8月22日以降に薬物に関わる重罪で有罪判決を受けた者は、フードスタンプ給付を受けることができません。
- キャッシュエイドやフードスタンプに関し、郡は、私および他の家庭構成員の指紋押捺と写真撮影を要求できます。私たちが協力しないと、給付はすべて拒否あるいは停止されることがあります。

私はさらに以下の点を了解いたします。

キャッシュエイド、フードスタンプ、Medi-Cal の受給資格や給付に影響する事実や状況に関し、故意に虚偽の事実を述べたり、事実全体を報告しない場合、欠格とされたり福祉不正行為罰則を受けます。

キャッシュエイドの場合:

- キャッシュエイド規則に故意に従わない場合、最高 \$10,000 の罰金刑、最高 3 年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる場合があります。さらにキャッシュエイドは、中止されることがあります。
 - 事実すべてを報告しないか、誤った事実を報告している。最初の違反で 6 ヶ月、2 回目の違反で 12 ヶ月、3 回目の違反で永久に中止。難民キャッシュ支援の場合は、最初の違反で 3 ヶ月、2 回目以降の違反で 6 ヶ月中止。
 - 同じ時期に複数のケースに対し、同時に 1 通以上の申請書を提出している。最初の違反で 2 年、2 回目の違反で 4 年、3 回目の違反で永久に中止。
 - 受給するために重罪詐欺で有罪判決を受けた。\$2000 未満の窃盗の場合 2 年間、\$2000 から \$4999.99 までの窃盗の場合 5 年間、\$5000 以上の窃盗の場合永久に中止。
 - 同時に複数の郡あるいは州で同時に受給するために虚偽の居住証明を郡に提出した場合、受給資格のない子供あるいは実在しない子供に関し虚偽の事実を郡に提出した場合、詐欺行為により現金給付で \$10,000 を超える額を取得した場合、法廷または行政聴聞会で詐欺行為で 3 度目の有罪宣告を受けた場合は、永久に中止。

フードスタンプの場合:

- フードスタンプ規則に故意に従わなかった場合、フードスタンプは、最初の違反で 12 ヶ月、2 回目の違反で 24 ヶ月、3 回目の違反で永久に中止されます。さらに、最高 \$250,000 の罰金刑、最高 20 年の禁固懲役刑、いずれかまたは両方科せられる場合があります。
- 次の理由で法廷で有罪とされた場合:
 - フードスタンプを武器・火薬・爆発物と交換あるいはこれらを手入手するために売却した場合、最初の違反で、フードスタンプは永久に中止されることがあります。
 - フードスタンプを規制薬物と交換あるいはこれを手入手するために売却した場合、最初の違反で、フードスタンプは、24 ヶ月、2 回目の違反で永久に中止されることがあります。
 - \$500 以上のフードスタンプを売却または交換した場合、フードスタンプは、永久に停止される場合があります。
 - 複数の申請書を同時に申請し、偽りの ID や居住地を提示した場合、フードスタンプ給付は、10 年間停止される場合があります。

私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律の下、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、この書類に含まれている情報は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言するものです。

署名 (親または介護する親戚の者、MEDI-CAL 申請者、フードスタンプ受給成人家庭構成員または正式の代理人)	日付		
署名 (キャッシュエイドの申請の場合は、同居しているもう一方の親)	日付	記号の場合の証人、通訳、その他申請者/受給者の代理の者の署名	日付

COUNTY USE ONLY

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED						ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED						FOOD STAMP TESTS			
CA		FS		MC		CA		FS		MC		YES	NO	NA	
YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO				
Residency						Property/Resources—Within limits						Categorically Eligible			
Deprivation						Work participation						Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income \$			
Age						FSET						Gross Income Eligible			
Immunizations						ABAWDs						Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income \$			
Citizen/Eligible noncitizen						CFAP						Eligible for Separate HH Status			
School enrollment						Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						Aged/Disabled			
Pregnancy verif./ WIC Referral	/	/	/	/	/	Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						DFA 285-C			
SSN															
Income—Applicant/ Recipient test(s)															
SFIS															
TANF Time Limits															
CalWORKs Time Limits															

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> REDETERMINATION	<input type="checkbox"/> DIVERSION <input type="checkbox"/> EXEMPT MAP	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE